PROPOSITIONS

N° 198.

SUR LES INFLAMMATIONS

DES POUMONS ET DES PLÈVRES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 août 1830, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR JEAN-BAPTISTE-AUGUSTE MARCON, d'Issoire,

Département du Puy-de-Dôme.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Suppléant.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL, *Président.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry, *Examinateur.*
Cloquet.	Rochoux, *Examinateur.*
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Suppléant.*
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

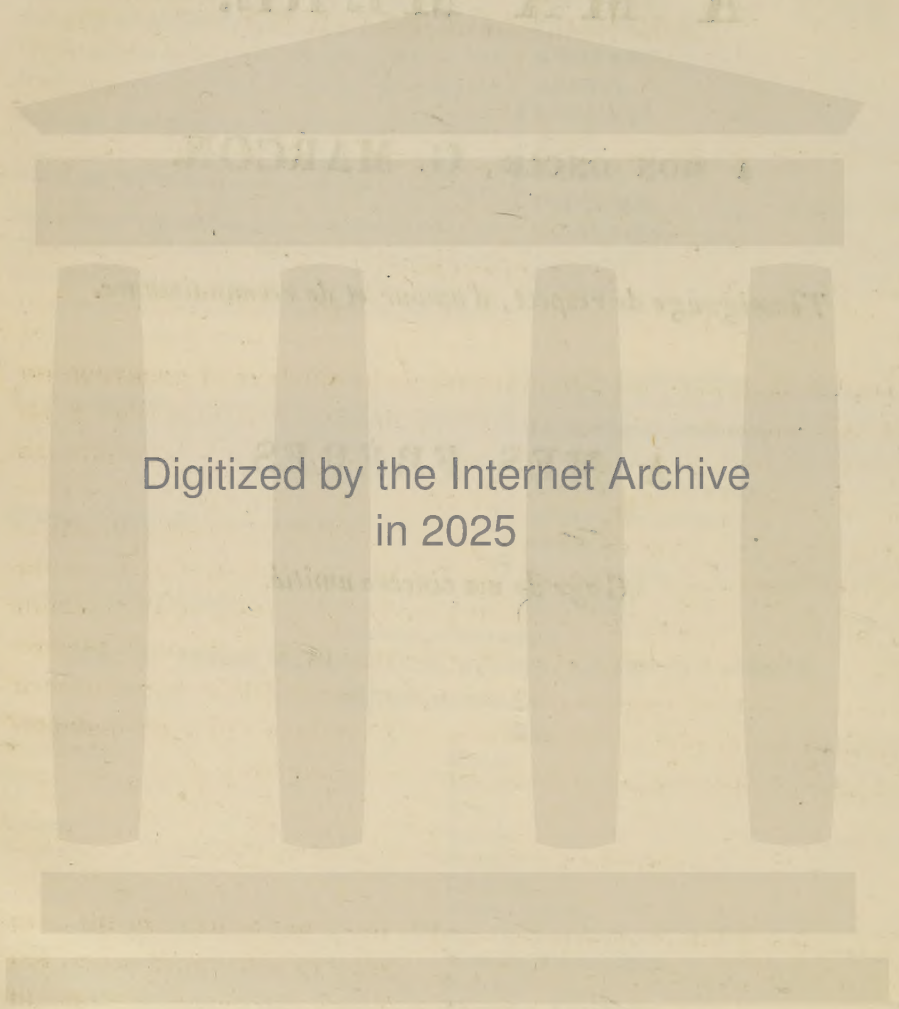
A MON ONCLE, G. MARCON.

Témoignage de respect, d'amour et de reconnaissance.

A MES FRÈRES.

Gage de ma sincère amitié.

J.-B.-A. MARCON.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/propositionssurl0006unse

PROPOSITIONS

SUR LES INFLAMMATIONS

DES POUMONS ET DES PLÈVRES.

Obligé, dans une dernière épreuve, de présenter à mes maîtres une dissertation médicale, ou une monographie abrégée, je crois y satisfaire en leur soumettant une série de propositions, ou plutôt des notes cliniques prises sous la direction d'un des professeurs distingués de cette école. Faire un extrait de mes observations sur les inflammations des poumons, de leurs enveloppes séreuses, en déduire des conséquences utiles aux diagnostic, prognostic et traitement de ces maladies, tel est le but que je me suis proposé. Sans me renfermer exclusivement dans les maladies du parenchyme pulmonaire et des plèvres, elles seront cependant les points principaux sur lesquels je fixerai particulièrement mon attention.

I. Les causes des maladies aiguës survenues spontanément, chez les adultes, dans les diverses parties de l'appareil respiratoire, sont à peu près les mêmes chez tous. En première ligne, on doit poser l'influence de l'air, soit par rapport à sa température, soit par rapport à son état hygrométrique. Cette cause et beaucoup d'autres doivent-

elles être regardées comme absolues? Un grand nombre de faits sont en faveur de cette opinion, d'autres y sont contraires; ce qui mène à penser qu'il existe certaines idiosyncrasies propres à ces sortes d'affections. Ainsi, par exemple, il est des individus qui, ayant été atteints d'un catarrhe, sont naturellement prédisposés à la rechute: la plus légère humidité dans l'air, le moindre froid aux pieds surtout, font reparaître les symptômes avec plus ou moins d'intensité, et les conséquences n'en sont que trop souvent funestes.

II. On voit aussi des individus avoir une espèce de prédisposition aux pneumonies; mais il est d'observation qu'un malade attaqué successivement par plusieurs de ces affections a plus de chances de guérison, à égale intensité, dans les dernières attaques que dans les premières. Cet hiver, un malade atteint, pour la huitième ou neuvième fois, d'une pleuro-pneumonie, est venu dans les salles de la clinique donner une preuve de ce fait, reconnu par les auteurs.

III. Rarement l'inflammation a son siége en même temps sur les muqueuses bronchiques, le parenchyme pulmonaire et la plèvre; quelquefois cependant il arrive qu'elle les parcourt successivement en passant d'un point à un autre de ces trois parties. Le plus souvent le poumon et la plèvre sont affectés simultanément, puisque sur cinquante-deux sujets observés à la clinique présentant une inflammation des organes pulmonaires, quarante-quatre avaient des pleuro-pneumonies. La réunion de ces deux maladies est si commune, que beaucoup d'auteurs ne veulent pas admettre l'une sans l'autre. Il est vrai que les autopsies en général sont en faveur de cette opinion; mais un examen attentif, au début de cette maladie, a fait reconnaître que l'une pouvait exister sans l'autre. Les progrès de l'inflammation expliquent facilement ce double résultat.

IV. Le plus souvent la pneumonie débute par une série de phé-

nomènes qui se succèdent rapidement et ne laissent aucun doute sur son existence. Il n'est pas rare aussi qu'elle ne se prononce qu'après plusieurs jours d'incubation, par une crépitation fine et nombreuse.

V. Il en est qui ne présentent pas de crépitation pendant tout le cours de la maladie; quelquefois seulement une respiration plus forte, un peu de sifflement; mais alors les phénomènes généraux, et les crachats surtout, suffisent pour éclairer le diagnostic.

VI. On voit des malades chez qui la crépitation se fait entendre tantôt dans la respiration faible, tantôt dans les fortes inspirations ou dans les efforts de la toux. Souvent même la crépitation ne peut être entendue que d'une manière fugitive.

VII. Toujours, dans la pneumonie, les phénomènes généraux ont une intensité plus ou moins remarquable. La fréquence du pouls est surtout un des symptômes les plus constans, à moins qu'une autre maladie ne soit venue compliquer la pneumonie : c'est ce qui n'arrive pas dans la pleurésie, comme nous le dirons plus bas.

VIII. Au début d'une pleuro-pneumonie, il arrive quelquefois qu'un malade accuse une douleur pleurétique dans le point d'élection d'un côté de la poitrine. L'auscultation ne fait nullement reconnaître de la crépitation de ce côté, tandis qu'elle est très-évidente dans l'autre poumon. Ce fait, observé plusieurs fois, doit imposer l'obligation d'examiner attentivement les deux côtés de la poitrine, lorsqu'on soupçonne une affection de cet organe.

IX. Dans la pleuro-pneumonie, les symptômes de la pleurésie sont d'autant plus intenses, que le siége de la pneumonie est plus étendu et plus superficiel; alors la respiration est très-fréquente, le point de côté très-douloureux.

X. Il est une observation faite par plusieurs auteurs, c'est que les pneumonies qui commencent par le sommet du poumon sont toujours plus graves que celles qui débutent dans tout autre point.

XI. Le plus souvent les caractères pneumoniques des crachats sont : leur viscosité, leur transparence, leur mélange à de nombreuses petites bulles d'air, et surtout une couleur rouge terne ou vive; d'autres fois la couleur est d'un jaune verdâtre ou d'un jaune vif.

XII. On en rencontre aussi d'une couleur bistre, gris noir; les crachats peuvent présenter, en général, tous ces caractères; d'autres fois on n'en rencontre que quelques-uns çà et là dans une plus ou moins grande quantité de matière expectorée.

XIII. On voit des crachats qui n'ont pas ce caractère essentiel et comme pathognomonique d'être mélangés à un grand nombre de petites bulles d'air; seulement ils sont séreux, avec une couleur jaune ou rougeâtre. Ils n'en sont pas moins caractéristiques de la pneumonie; même, dans ce dernier cas, la maladie est d'un grave prognostic.

XIV. Dans certaines pneumonies, les crachats sont visqueux; ils roulent dans le vase, en abandonnant ses parois avec assez de facilité.

XV. Il est des pneumonies dont le siége est très-étendu, bien évidentes par plusieurs caractères, et qui ne fournissent point les crachats ordinaires à cette affection.

XVI. Il est facile de distinguer ces produits de l'expectoration dans la pneumonie de ceux qui, avec quelques-uns de leurs caractères, présentent des stries de sang, ainsi que cela peut arriver par les efforts de la toux dans le catarrhe, par exemple. La plus légère attention, après que l'on a mis ces deux espèces en parallèle, peut presque toujours faire éviter toute erreur de diagnostic.

XVII. On voit, dans des maladies du cœur, les crachats présenter les caractères pneumoniques sans aucun signe d'inflammation du côté du poumon. Un exemple récent en a donné une preuve évidente à la clinique de la Charité : l'observation était si remarquable, que, malgré soi et la connaissance parfaite de la maladie, on a été porté à faire à plusieurs reprises l'examen de la poitrine, craignant toujours qu'une inflammation du poumon ne se fût jointe à l'autre maladie. Pendant la vie, on ne reconnut rien, et l'ouverture du cadavre confirma le diagnostic en présentant seulement une hypertrophie énorme du cœur.

XVIII. La percussion dans l'exploration de la poitrine présente quelques remarques importantes dans le premier degré de la pneumonie. En effet, il est trois causes qui peuvent modifier le son donné par la percussion : 1°. la sensibilité des parois thoraciques au moment où l'on percute, ce qui détermine une espèce de contraction des muscles; 2°. une légère exsudation provenant d'un peu d'inflammation de la plèvre sans épanchement; 3°. l'état d'engouement causé par la pneumonie elle-même. La première cause surtout induit en erreur dans un examen fait à la hâte, et particulièrement lorsqu'il existe quelques symptômes de pleurodynie.

XIX. L'épaisseur des parois thoraciques a une grande influence sur les résultats de l'auscultation et de la percussion. C'est alors que le médecin doit prendre tous les moyens pour modifier cet inconvénient, en mettant le malade dans les positions qui étendent le plus possible les muscles de la poitrine dans les points que l'on examine.

XX. Si, dans une pleuro-pneumonie, on voit l'épanchement s'accroître, la fréquence du pouls diminuer, on peut dire que l'état fébrile tenait à la présence de la pneumonie, qui ne permettait pas à l'épanchement de se faire. Dans ce cas, l'épanchement se trouve annoncé par le son mat que donne la percussion, l'absence du bruit respiratoire et l'égophonie.

XXI. En général, la respiration est accélérée en proportion directe de l'étendue de la pneumonie; cependant le fait souffre de nombreuses modifications. Faudrait-il alors s'en rapporter aux résultats de l'auscultation ou soupçonner la pneumonie dans une plus ou moins grande étendue? Il est assez difficile de résoudre cette question dans le moment; au reste, le plus souvent on est tiré de son incertitude peu de temps après.

XXII. Un fait remarquable, et qui n'a pas été indiqué par l'auteur du Traité d'auscultation, c'est que souvent la crépitation, le râle bronchique, la bronchophonie survivent pendant quinze jours, et même un mois, à la disparition des autres symptômes. Dans ce cas, il faut leur attribuer une autre cause que la maladie primitive, et les regarder comme les résultats d'un engouement séreux du poumon.

XXIII. La respiration bronchique, le son obscur, peuvent dépendre de l'induration du poumon, ou d'un épanchement pleurétique. Les symptômes généraux, qui sont très-marqués dans le premier cas, et le plus souvent nuls dans le second, font reconnaître auquel des deux on a affaire, à moins que l'induration ne fût superficielle, et n'occupât, pour ainsi dire, que l'écorce du poumon. Il arrive cependant quelquefois qu'il n'est pas facile de décider laquelle des deux affections existe.

XXIV. Le retentissement de la voix ou la pectoriloquie peut se rattacher à trois lésions du poumon : une caverne, un épanchement pleurétique, ou une induration du poumon. Une analyse exacte des autres symptômes et leur comparaison à ceux qui appartiennent à ces trois affections, peut, dans la majorité des cas, faire reconnaître quelle est l'affection qui existe.

XXV. Dans l'induration du poumon, ou pneumonie au second degré, on peut encore entendre la respiration bronchique proche ou

éloignée, et le son mat donné par la percussion est plus faible que lorsqu'un liquide est interposé entre le poumon et les parois thoraciques.

XXVI. Chez les vieillards, l'induration du poumon, ou le second degré de la pneumonie, survient beaucoup plus vite que chez les autres sujets, surtout que chez les enfans, où l'engouement inflammatoire persiste pendant long-temps.

XXVII. On voit assez souvent la pneumonie se compliquer de symptômes propres à d'autres maladies ; le plus souvent ils ne sont que sympathiques et disparaissent avec la pneumonie.

XXVIII. Les phénomènes ataxiques sont ceux que j'ai vu le plus souvent survenir ; on pourrait même avancer que le délire qui se lie aux inflammations de la poitrine et des viscères abdominaux est symptomatique dans la majorité des cas.

XXIX. Dans le cours d'une pleuro-pneumonie, l'apparition d'un souffle fétide, de crachats de même nature, plus ou moins abondans, de râle sonore, doit donner l'idée d'une communication entre la plèvre et les tuyaux bronchiques ; lorsque l'on parvient à distinguer le tintement métallique, le diagnostic acquiert plus de certitude. Deux exemples remarquables se sont offerts à mon observation, dont un a été confirmé par l'autopsie, qui a fait trouver une pleurésie interlobulaire, avec une collection purulente, circonscrite dans une scissure, accompagnée de plusieurs autres dans le parenchyme du poumon. Sur le même sujet, on a trouvé des parties de poumon comme putréfiées et gangrénées. Dans ces deux exemples, par la succussion, on a obtenu le résultat qu'elle peut donner.

XXX. Les perforations spontanées du poumon reconnaissent pour cause deux lésions principales, la gangrène, et, ce qui arrive le plus souvent, un ramollissement des tubercules. Cependant on conçoit

facilement que la perforation ne peut avoir lieu que dans les cas où ils sont superficiels : l'autopsie dont il a été question précédemment a offert un exemple de perforation par la gangrène, et je crois en avoir observé un autre exemple par suite de tubercules ramollis ; mais, comme le malade est sorti de l'hôpital dans le courant de sa maladie, on ne peut rien assurer sur ce fait.

XXXI. Après la résolution de la pneumonie, le malade ressent pendant plus ou moins de temps plusieurs symptômes du côté du thorax, que l'on ne doit pas perdre de vue : la gêne de la respiration est celui qui se manifeste le plus souvent.

XXXII. Le prognostic, dans les pleuro-pneumonies, doit être en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'inflammation. Plusieurs autres causes viennent aussi l'aggraver ; tels sont : les symptômes ataxiques, adynamiques ; la faiblesse du sujet, la coexistence avec des tubercules, qui sont alors presque toujours la cause déterminante de l'affection ; l'âge et la saison.

XXXIII. Les lésions anatomiques que donnent les pleuro-pneumonies sont très-variées ; savoir, l'engouement inflammatoire, qui se rapporte au premier degré de la pneumonie ; l'hépatisation ou l'endurcissement rouge ; la suppuration disséminée dans le parenchyme pulmonaire ou formant des collections ; la gangrène, la splénisation. La plèvre, dans les parties qui correspondent au poumon phlogosé, est brune ; elle y présente des fausses membranes, et souvent des collections plus ou moins purulentes.

XXXIV. La gangrène se présente rarement, encore n'est-elle que partielle ; sur quarante-quatre pleuro-pneumonies, elle ne s'est rencontrée que deux fois.

XXXV. La pneumonie passe très-rarement à l'état chronique ; ce-

pendant trois exemples ont été observés à la clinique. Ces faits sont d'autant plus remarquables que *Laennec* dit ne l'avoir rencontré que deux fois : le premier exemple a été trouvé sur un jeune homme, mais seulement reconnu après la mort ; car, pendant la vie, plusieurs praticiens distingués avaient diagnostiqué une phthisie; une pneumonie, entée sur l'état chronique, suivie de symptômes ataxiques, a déterminé la mort. Le second a été fourni par un sujet chez lequel une pneumonie chronique mortelle avait succédé à un état aigu ; ce que l'on pourrait en grande partie attribuer à son caractère acariâtre, qui ne permettait pas toujours de l'approcher. Le troisième exemple s'est rencontré chez un phthisique.

XXXVI. Les autopsies des individus morts avec des symptômes ataxiques n'ont présenté nul signe d'inflammation dans la cavité encéphalique. Ce résultat s'accorde avec ceux qui ont été obtenus en très-grand nombre à l'hôpital des Enfans par M. *Guersent.*

XXXVII. L'observation a donné la preuve que les éruptions aphtheuses, dans le cours d'une pneumonie, sont le plus souvent d'un fâcheux prognostic.

XXXVIII. L'expérience a prouvé que le traitement antiphlogistique était le plus efficace dans la pneumonie. La saignée générale doit être mise en usage ; on doit y revenir à plusieurs reprises, surtout à son début, mais toujours proportionnellement à la force du sujet. Cependant il ne faut pas tomber dans l'excès, suivant la méthode de certains praticiens, qui la conseillent plusieurs fois en vingt-quatre heures.

XXXIX. Les émissions sanguines n'ont pas toujours le même succès. En effet, dans le cours de cette espèce d'épidémie pneumonique qui a régné pendant cet hiver si rigoureux, on remarquait qu'au commencement il y avait de nombreux succès par les moyens antiphlogistiques ; au milieu de l'époque, les insuccès étaient assez nom-

breux, et à la fin, la maladie était moins meurtrière, toujours en suivant la même méthode de traitement.

XL. Il est une remarque qui se présente assez souvent, savoir que les inflammations du poumon ont une marche qui leur est propre, malgré l'emploi des moyens convenables ; la maladie diminue, à la vérité, d'intensité, mais rarement elle est arrêtée. Ce qui est encore digne de remarque, c'est que, lorsque la maladie, au dixième ou douzième jour, est arrivée ordinairement à sa période d'état, une saignée en fait obtenir la résolution en peu de temps.

XLI. D'après ce que nous avons dit sur le prognostic d'une pneumonie qui se déclare chez un individu qui en a déjà été atteint plusieurs fois, le traitement doit être dirigé en conséquence.

XLII. Les saignées ayant l'inconvénient de retarder la convalescence, il faut en être avare, ou du moins ne s'en servir qu'autant que la maladie l'exige, parce que les sujets sont ensuite plus impressionnables, et plus susceptibles d'autres maladies.

XLIII. Une réserve encore plus scrupuleuse doit diriger le médecin dans le traitement des vieillards. La remarque de *Morgagni* et les observations faites à l'hospice de la Salpêtrière sont concluantes à cet egard.

XLIV. Il est de fait qu'au début de la pneumonie, au moment du frisson, la saignée est dangereuse.

XLV. Les saignées locales au moyen des sangsues et des ventouses mouchetées sont souvent avantageuses, lorsque le point de côté est très-douloureux. L'anatomie fournit l'explication la plus satisfaisante de ce résultat.

XLVI. Les exutoires sur la partie malade elle-même sont d'une grande ressource lorsqu'ils sont employés après les émissions san-

guines ; mis en usage avant, ils exaspèreraient les symptômes généraux, tandis que, l'inflammation une fois combattue par le traitement antiphlogistique, l'exutoire fait baisser le pouls d'une manière fort remarquable.

XLVII. Le tartre stibié à haute dose compte de nombreux succès, mais je crois qu'on ne doit l'employer qu'après avoir usé des moyens dont l'efficacité a été confirmée par une longue expérience.

XLVIII. Lorsque des symptômes ataxiques viennent compliquer la pneumonie, les émissions sanguines générales et locales sont indiquées, pourvu cependant que les forces du sujet le permettent. Lorsque ce moyen est épuisé, le musc, le castoréum ont été conseillés à la dose de vingt, trente grains.

XLIX. Comme l'expérience nous apprend que les inflammations qui surviennent chez les sujets très-faibles, et qui semblent exiger les émissions sanguines, doivent être abandonnées aux efforts de la nature, parce qu'on ne ferait que hâter les derniers momens. on trouve une juste application de ce précepte dans les pneumonies partielles qui surviennent autour des tubercules pulmonaires chez un *individu* presque réduit au marasme.

L. Les inflammations de la plèvre seules ont fourni moins d'observations que celles du parenchyme pulmonaire : les unes ont débuté avec des symptômes de catarrhe, d'autres avec ceux qui caractérisent simplement la pleurésie.

LI. La pleurésie, comme la pneumonie, s'annonce ordinairement par des symptômes assez tranchés, qui ne permettent pas de la confondre avec d'autres affections. Un phénomène remarquable dans cette maladie, c'est qu'elle existe quelquefois avec un *facies* naturel et une apparence de santé par le libre exercice d'un certain nombre de fonc-

tions ; alors elle est caractérisée par ses signes sensibles, savoir : son mat donné par la percussion, absence du bruit respiratoire naturel, égophonie et respiration bronchique dans certaines parties du côté malade. Nulle autre maladie de cette cavité ne présente ce phénomène, qui pourrait être classé parmi les phénomènes rationnels : il a déjà été signalé par *Avenbrugger*.

LII. La pleurésie, même intense, peut exister sans une fréquence remarquable dans le pouls, tandis qu'il en est toujours autrement dans la pneumonie.

LIII. Ce que nous venons de dire dans les deux propositions précédentes exige celle-ci : toutes les fois qu'il y a un épanchement de sérosité dans la plèvre, on doit en général reconnaître une inflammation de la membrane qui tapisse cette cavité, parce que ce résultat est confirmé par les autopsies dans la majorité des cas. L'analogie ne doit pas entraîner la même conséquence pour le péritoine ; car, peu souvent les ascites dépendent d'une inflammation de cette séreuse, mais presque toujours d'une affection de l'un des viscères abdominaux.

LIV. Il peut arriver que dans la pleurésie la percussion donne un son à peu près égal à celui du côté opposé, et l'auscultation un bruit respiratoire plus faible ; il est assez difficile de se rendre compte de ce phénomène, à moins d'admettre la présence de fausses membranes ou une espèce de spasme dans les muscles. Dans ce cas, le diagnostic de la pleurésie exige le secours des autres signes qui l'accompagnent. On pourrait, d'après ces symptômes, soupçonner une pleurésie interlobulaire ou diaphragmatique.

LV. Il existe des pleurésies partielles, qui sont reconnues par la percussion, laquelle produit un son mat dans une région circonscrite. Ces espèces de pleurésie doivent être soupçonnées avec d'autant plus

de raison que l'individu aura déjà été atteint antérieurement de la même maladie.

LVI. Lorsqu'un épanchement pleurétique se résorbe, la poitrine perd peu à peu sa matité, et en raison directe de la résorption; mais la réapparition du bruit respiratoire ne suit pas ordinairement la même loi; souvent il ne survient que quinze jours ou trois semaines après la résorption; il est même des cas où on doit désespérer de le voir reparaître.

LVII. En général, on regarde les craquemens humides comme étant des signes de tubercules ramollis. Je crois qu'ils peuvent aussi se rattacher à une pleurésie chronique avec perforation de la plèvre, surtout lorsqu'ils ont succédé à un épanchement et à du tintement métallique. Cet état exige le plus souvent beaucoup de circonspection dans son diagnostic, et même on ne peut guère le reconnaître sans avoir observé la maladie depuis son début. Deux exemples remarquables, observés à sa clinique, lui donnent de la valeur.

LVIII. On voit rarement une pleurésie chronique occuper la partie supérieure du poumon, et se terminer plus ou moins près du mamelon, qui ne se lie aussi à la présence de tubercules.

LIX. Le prognostic de la pleurésie doit être calculé sur l'étendue de l'épanchement, la force du sujet, son tempérament, l'époque, la durée de sa maladie, et enfin les circonstances dans lesquelles se trouve le malade.

LX. Aux autopsies on rencontre des adhérences et des fausses membranes présentant une organisation plus ou moins remarquable. Il se trouve aussi du pus, dont les propriétés physiques sont plus ou moins variées.

LXI. Après la mort, la percussion donne le son mat qui s'était fait remarquer pendant la vie.

LXII. Le traitement antiphlogistique est celui qui tient le premier rang dans la pleurésie. Les saignées locales surtout sont très-avantageuses employées conjointement avec les saignées générales. Les boissons délayantes, adoucissantes, doivent aussi être diurétiques et laxatives. Après avoir mis en usage ces moyens, les exutoires sur le côté malade de la poitrine sont d'un grand secours : le plus usité est le vésicatoire, dont le diamètre doit être en rapport avec la quantité de l'épanchement; les frictions mercurielles sont aussi très-utiles dans certains cas, ainsi que les purgatifs. Les moyens fournis par l'hygiène trouvent de nombreuses applications, surtout lorsque la maladie a passé à l'état chronique.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi igitur peracutus est morbus, statìm extremos habet labores, et extremè tenuissimo victu uti necesse est. Ubi verò non, sed pleniorem victum exhibere licet, tantùm à tenui recedendum, quantùm morbus remissior extremis fuerit. *Sect.* 1, *aph.* 7.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

III.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Ibid.*, *aph.* 24.

IV.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

V.

Quibus in urinâ arenosa subsident, illis vesica calculo laborat. *Ibid.*, *aph.* 79.